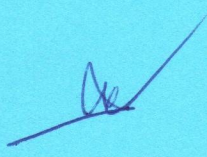
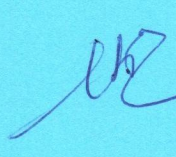


SỞ Y TẾ TỈNH LÀO CAI
TRUNG TÂM Y TẾ KHU VỰC LỤC YÊN

QUY TRÌNH
TIẾP NHẬN THỰC HÀNH LÂM SÀNG ĐỂ CẤP GIẤY XÁC NHẬN
HOÀN THÀNH QUÁ TRÌNH THỰC HÀNH
TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

SỐ: QT.01. TTYT-TCHC

	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người phê duyệt
Họ và tên	Nguyễn Giao Linh	Lê Thị Hạnh	Trần Trung Thành
Chữ ký		 	 GIÁM ĐỐC Trần Trung Thành

SỞ Y TẾ TỈNH LÀO CAI
TRUNG TÂM Y TẾ KHU VỰC LỤC YÊN

QUY TRÌNH
TIẾP NHẬN THỰC HÀNH LÂM SÀNG ĐỂ CẤP GIẤY XÁC NHẬN
HOÀN THÀNH QUÁ TRÌNH THỰC HÀNH
TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

Số: QT.01. TTYT-TCHC

	Người soạn thảo	Người kiểm tra	Người phê duyệt
Họ và tên	Nguyễn Giao Linh	Lê Thị Hạnh	Trần Trung Thành
Chữ ký		 	 GIÁM ĐỐC Trần Trung Thành

Tiếp nhận thực hành lâm sàng để cấp giấy xác nhận hoàn thành quá trình thực hành trong khám bệnh, chữa bệnh

Ban hành: 1/7/2025
Lần ban hành: 01
Lần sửa đổi: 0

- NƠI NHẬN** (ghi rõ nơi nhận rồi đánh dấu ☐ vào ô bên cạnh)

THEO DÕI TÌNH TRẠNG SỬA ĐỔI (*tình trạng sửa đổi so với bản trước đó*)

[illegible]

I. MỤC ĐÍCH

Thống nhất quy trình Tiếp nhận thực hành lâm sàng để cấp giấy xác nhận hoàn thành quá trình thực hành trong khám bệnh, chữa bệnh tại Trung tâm Y tế khu vực Lục Yên.

II. PHẠM VI ÁP DỤNG

Trung tâm Y tế khu vực Lục Yên.

III. TÀI LIỆU VIỆN DẪN

Căn cứ Luật Khám chữa bệnh số 15/2023/QH15 ngày 09/01/2023;

Căn cứ Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Thông tư 32/2023/TT- BYT ngày 31/12/2023 của Bộ Y tế quy định một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ thông báo số 527/TB-SYT ngày 30/09/2025 của Sở Y tế tỉnh Lào Cai về việc Thông báo tiếp nhận hồ sơ và công bố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở hướng dẫn thực hành đối với Trung tâm Y tế khu vực Lục Yên;

Căn cứ Công văn số 577/CV-TTYT ngày 23/09/2025 của Trung tâm Y tế khu vực Lục Yên về việc công bố Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở hướng dẫn thực hành.

Căn cứ Quyết định số 648/QĐ-TTYT ngày 23/09/2025 của Trung tâm Y tế khu vực Lục Yên về việc ban hành nội dung thực hành đối với người thực hành tại Trung tâm Y tế khu vực Lục Yên.

IV. THUẬT NGỮ VÀ TỪ VIẾT TẮT

4.1. Giải thích thuật ngữ:

- *Khám bệnh* là việc người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh sử dụng kiến thức, phương pháp, kỹ thuật chuyên môn để đánh giá tình trạng sức khỏe, nguy cơ đối với sức khỏe và nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người bệnh.

- *Chữa bệnh* là việc người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh sử dụng kiến thức, phương pháp, kỹ thuật chuyên môn để giải quyết tình trạng bệnh, ngăn ngừa sự xuất hiện, tiến triển của bệnh hoặc đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người bệnh trên cơ sở kết quả khám bệnh.

- *Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh* là người đã được cơ quan có thẩm quyền của Việt Nam cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh (sau đây gọi là người hành nghề)

- *Giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh* là văn bản do cơ quan có thẩm quyền của Việt Nam cấp cho người có đủ điều kiện hành nghề khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Luật này (sau đây gọi là giấy phép hành nghề).

4.2. Từ viết tắt:

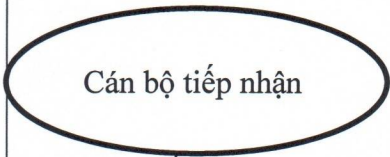
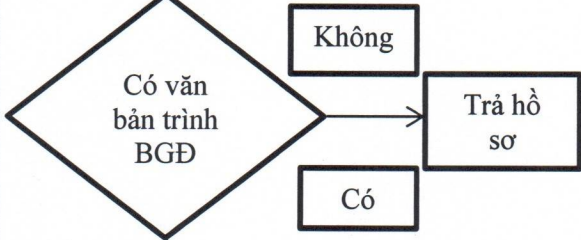
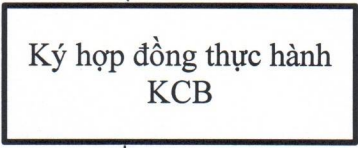
- TTYTKV: Trung tâm Y tế khu vực Lục Yên.

- QĐ: Quyết định.
- BGĐ: Ban Giám đốc.
- LS: Các khoa lâm sàng.
- BQĐ: Bảng quy định.
- GPHN: Giấy phép hành nghề.
- TCHC: Phòng Tổ chức - Hành chính.
- KHNH: Phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ.
- XNTH: Giấy xác nhận hoàn thành quá trình thực hành.
- HĐ TH KCB: Hợp đồng thực hành khám bệnh, chữa bệnh.
- BTN, CCCD: Bằng tốt nghiệp chuyên môn, Căn cước công dân.

V. NỘI DUNG QUY TRÌNH

5.1. Tiếp nhận thực hành lâm sàng để cấp giấy xác nhận hoàn thành quá trình thực hành trong khám bệnh, chữa bệnh.

5.2. Sơ đồ quá trình tiếp nhận thực hành lâm sàng.

Người chịu trách nhiệm	Các bước thực hiện	Mô tả biểu mẫu	Thời gian
Phòng TCHC		Phiếu tiếp nhận hồ sơ thực hành (kèm đơn đề nghị, BTN, CCCD, giấy tờ khác) (đơn đề nghị mẫu: QT.01/25-TH).	Trong vòng 1-3 ngày (trừ thứ 7, chủ nhật)
Phòng TCHC		Phát hành văn bản trả lời có tiếp nhận hoặc không tiếp nhận thực hành.	Trong vòng 1-3 ngày (trừ thứ 7, chủ nhật)
Phòng TCHC		HĐ TH KCB (hợp đồng thực hành QT.02/25-TH).	Trong vòng 1-3 ngày (trừ thứ 7, chủ nhật)

Phòng TCHC	Quyết định phân công người hướng dẫn thực hành	Quyết định phân công (QT.03/25-TH)	Trong vòng 1-3 ngày (trừ thứ 7, chủ nhật)
Phòng TCHC	Văn bản phân công	Phòng TCHC phát hành văn bản quy định người thực hành được tiếp nhận thực hành tại các khoa, phòng (Bảng quy định về tổ chức thực hành).	Sau khi có quyết định phân công, phòng TCHC gửi danh sách đăng ký người thực hành tại cơ sở KCB về Sở Y tế .
Các khoa, phòng	Thực hành tại các khoa Lâm sàng	Theo bảng quy định về thời gian, nội dung thực hành để cấp giấy phép hành nghề KCB.	Thời gian thực hành: Tùy theo chức danh.
Người chịu trách nhiệm chính hướng dẫn thực hành	Phiếu nhận xét quá trình thực hành KCB	QT.04/25-TH (Người chịu trách nhiệm chính hướng dẫn thực hành gửi phiếu đánh giá về phòng TCHC).	Trong vòng 1- 3 ngày (trừ thứ 7, chủ nhật). Sau khi kết thúc thời gian thực hành tại khoa lâm sàng.
Phòng TCHC	Hoàn tất quá trình thực hành, tham mưu BGĐ ban hành giấy XNTH	QT.05/25-TH (Phiếu xác nhận hoàn thành quá trình thực hành).	Ngay sau khi có kết luận của Ban giám đốc tổ chức hướng dẫn thực hành TTYT.
Phòng TCHC	- Trả Giấy xác nhận hoàn thành quá trình thực hành cho người tham gia thực hành tại cơ sở.		

5.3. Mô tả một số nội dung chính của quá trình

- Người thực hành tại Trung tâm Y tế khu vực Lục Yên sẽ được đơn vị hướng dẫn đầy đủ về các thủ tục, chi phí liên quan đến quá trình thực hành. Toàn bộ nội dung này sẽ được thể hiện rõ ràng thông qua Hợp đồng thực hành khám bệnh, chữa bệnh ký kết giữa hai bên.

+ Người thực hành cung cấp bằng tốt nghiệp, căn cước công dân và mang theo Đơn đề nghị thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (nếu chưa có sẽ được phòng TCHC cung cấp).

+ Bộ phận Kế toán thực hiện tư vấn về chi phí hướng dẫn thực hành theo quy định hiện hành.

+ Phòng TCHC tư vấn cho người thực hành về thời gian, nội dung chương trình thực hành và các thủ tục liên quan khác.

+ Sau khi người đăng ký thực hành đồng ý với các nội dung và chi phí đã được tư vấn, Người đại diện Trung tâm Y tế và Người thực hành sẽ tiến hành ký kết Hợp đồng thực hành khám bệnh, chữa bệnh.

- Căn cứ vào nội dung hợp đồng và nhu cầu thực tế, Ban Tổ chức hướng dẫn thực hành sẽ phân công người thực hành đến các khoa, phòng chuyên môn phù hợp (xem chi tiết tại Mục 5.1).

- Phòng TCHC tổng hợp và gửi danh sách người thực hành khám bệnh, chữa bệnh về Phòng Nghiệp vụ Y, Sở Y tế tỉnh Lào Cai theo quy định.

- Khi kết thúc từng nội dung thực hành, cán bộ trực tiếp hướng dẫn sẽ đánh giá, nhận xét theo mẫu phiếu nhận xét quá trình thực hành khám bệnh, chữa bệnh (đính kèm phiếu nhận xét)."

- Sau khi hoàn tất quá trình thực hành, căn cứ vào Phiếu đánh giá, nhận xét của người hướng dẫn, Phòng Tổ chức - Hành chính tham mưu, trình Ban Lãnh đạo cấp Giấy xác nhận hoàn thành thực hành cho người thực hành (đính kèm mẫu Giấy xác nhận).

- Khi đã được cấp Giấy xác nhận hoàn thành thực hành, người thực hành sẽ được hướng dẫn hoàn thiện hồ sơ đề nghị cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, bao gồm:

+ Đơn đề nghị cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh hoặc đề nghị thừa nhận giấy phép hành nghề;

+ Sơ yếu lý lịch tự thuật;

+ Các giấy tờ liên quan khác theo quy định.

VI. HỒ SƠ

TT	Tên hồ sơ lưu	Mã hiệu	Người lưu	Nơi lưu	Thời gian lưu
1	Phiếu tiếp nhận thực hành (đơn đề nghị thực hành, CCCD, Bằng tốt nghiệp), Văn bản trả lời có/không tiếp nhận thực hành.	QT.01/25-TH	TCHC	Phòng Tổ chức - Hành chính	25 năm
2	Hợp đồng thực hành KCB	QT.02/25-TH	TCHC	Phòng TCHC, người thực hành	25 năm

3	Quyết định phân công người hướng dẫn thực hành.	QT.03/25-TH	TCHC	TCHC, Khoa/ Phòng	25 năm
4	Văn bản phân công thực hành tại các khoa, phòng		TCHC, Khoa/ Phòng	TCHC, Khoa/ Phòng	25 năm
5	Danh sách thực hành		TCHC	TCHC	25 năm
6	Phiếu nhận xét quá trình thực hành KCB	QT.04/25-TH	TCHC, Khoa/ Phòng	TCHC, Khoa/ Phòng	25 năm
7	Giấy xác nhận hoàn thành quá trình thực hành	QT.05/25-TH	TCHC	Phòng TCHC, người thực hành	25 năm

VII. PHỤ LỤC

Phụ lục 1	Đơn đề nghị thực hành (kèm phiếu tiếp nhận).	QT.01/25 - TH
Phụ lục 2	Hợp đồng thực hành khám bệnh, chữa bệnh.	QT.02/25 - TH
Phụ lục 3	Quyết định phân công người hướng dẫn thực hành.	QT.03/25 - TH
Phụ lục 4	Phiếu nhận xét quá trình thực hành KCB.	QT.04/25 - TH
Phụ lục 5	Giấy xác nhận hoàn thành quá trình thực hành.	QT.05/25 - TH

TRUNG TÂM Y TẾ
KHU VỰC LỤC YÊN
BỘ PHẬN TIẾP NHẬN VÀ
TRẢ KẾT QUẢ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Số:/PTNTKQ

....., ngày ... tháng ... năm

GIẤY TIẾP NHẬN HỒ SƠ VÀ HẸN TRẢ KẾT QUẢ

Mã hồ sơ:

Bộ phận Tiếp nhận và Trả kết quả:.....

Tiếp nhận hồ sơ của:.....

Số giấy tờ cá nhân:

.....

Địa chỉ:

Số điện thoại:Email (nếu có).....

Nội dung yêu cầu giải quyết:

Thành phần hồ sơ, yêu cầu và số lượng mỗi loại giấy tờ gồm:

1

2

3

4

Số lượng hồ sơ: (bộ)

Thời gian giải quyết hồ sơ theo quy định là.... ngày

Thời gian nhận hồ sơ:....giờ....phút, ngày... tháng ...năm....

Thời gian trả kết quả giải quyết hồ sơ dự kiến: giờ....phút, ngày....tháng... năm.....

Đăng ký nhận kết quả:)

NGƯỜI NỘP HỒ SƠ
(Ký và ghi rõ họ tên)

NGƯỜI TIẾP NHẬN HỒ SƠ
(Ký và ghi rõ họ tên)

QT.01/25-TH

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

.....¹, ngày tháng năm ...

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Kính gửi:²

Họ và tên:

Ngày, tháng, năm sinh:.....

Số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu³:

Ngày cấp.....Nơi cấp:.....

Địa chỉ:⁴..... Điện thoại:.....

Email (nếu có):.....

Văn bằng chuyên môn:⁵.....

Thời gian đăng ký thực hành:.....

Để có đủ điều kiện được cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, tôi đề nghị..... cho phép và tạo điều kiện cho tôi được thực hành khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Tôi xin cam kết sẽ thực hiện đúng các quy định của pháp luật về việc thực hành khám bệnh, chữa bệnh và các quy định khác có liên quan của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

NGƯỜI LÀM ĐƠN

(Ký và ghi rõ họ, tên)

¹ Địa danh

² Ghi rõ tên cơ sở đề nghị đăng ký thực hành

³ Ghi một trong năm thông tin về số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu còn hạn sử dụng.

⁴ Ghi theo địa chỉ trên chứng minh nhân dân/căn cước công dân/căn cước/hộ chiếu

⁵ Ghi theo văn bằng đào tạo.

QT.02/25-TH

.....¹.....
.....².....
.....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số:/HĐTH-.....³.....

.....⁴....., ngày tháng năm ...

HỢP ĐỒNG

Thực hành khám bệnh, chữa bệnh

Căn cứ Bộ luật Dân sự ngày 24 tháng 11 năm 2015;

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 09 tháng 01 năm 2023;

Căn cứ Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Hôm nay, ngày tháng ... năm ... tại, chúng tôi gồm:

BÊN A:

Đại diện là ông/bà:

Chức vụ:

Địa chỉ thường trú:Điện thoại:

BÊN B:

Ông/bà:.....

Ngày, tháng, năm sinh:

Văn bằng chuyên môn:⁵.....

Địa chỉ thường trú:

Số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu:.....⁶..... Ngày cấp Nơi cấp:.....

Thỏa thuận ký kết hợp đồng thực hành khám bệnh, chữa bệnh theo các điều khoản sau đây:

Điều 1. Thời gian, địa điểm và nội dung chuyên môn thực hành

1. Thời gian thực hành: Ông/bà
có văn bằng chuyên môn⁷ được thực hành từ ngày tháng năm đến ngày tháng năm

2. Địa điểm thực hành:⁸.....

3. Nội dung chuyên môn thực hành:⁹.....

Điều 2. Quyền và nghĩa vụ của Bên A

1. Bên A có quyền:

- a) Bố trí người hướng dẫn thực hành để hướng dẫn người thực hành thực hành theo đúng các điều khoản ghi trong Hợp đồng.
- b) Chấm dứt Hợp đồng thực hành hoặc các biện pháp xử lý khác nếu người thực hành vi phạm các thỏa thuận ghi trong Hợp đồng.
- c) Thu phí thực hành theo thỏa thuận với Bên B.
- d) Các quyền khác. *(nếu có)*

2. Bên A có nghĩa vụ:

- a) Bảo đảm các điều kiện thuận lợi để người thực hành được thực hành theo đúng các thỏa thuận ghi trong Hợp đồng.
- b) Bảo đảm quyền lợi của người thực hành theo quy định của pháp luật. *(nếu có)*
- c) Xác nhận quá trình thực hành theo đúng mẫu quy định tại Mẫu 07 Phụ lục I ban hành kèm theo Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày ... tháng ... năm 2023 của Chính phủ.
- d) Các nghĩa vụ khác *(nếu có)*.

Điều 3. Quyền và nghĩa vụ của Bên B

1. Bên B có quyền:

- a) Được thực hành khám bệnh, chữa bệnh dưới sự giám sát của người hướng dẫn thực hành.
- b) Được cung cấp các phương tiện, thiết bị bảo hộ trong quá trình thực hành:
.....¹⁰.....
- c) Được hưởng các quyền lợi theo quy định của pháp luật *(nếu có)*.
- d) Được cấp giấy xác nhận quá trình thực hành.
- đ) Các quyền khác *(nếu có)*.

2. Bên B có nghĩa vụ:

- a) Chấp hành nội quy, quy chế chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
- b) Hoàn thành những nhiệm vụ đã cam kết trong hợp đồng thực hành.
- c) Nộp kinh phí thực hành đầy đủ theo thỏa thuận với Bên A.
- d) Các nghĩa vụ khác *(nếu có)*.

Điều 4. Điều khoản thi hành

- 1. Hợp đồng này có hiệu lực kể từ ngày ký và sẽ hết hiệu lực khi kết thúc thời gian thực hành và các bên đã hoàn thành các nghĩa vụ của Hợp đồng.

2. Hai bên cam kết thực hiện đúng những điều khoản nêu trên, bên nào vi phạm bên đó phải chịu trách nhiệm trước pháp luật. Trong quá trình thực hiện Hợp đồng, nếu xảy ra tranh chấp thì hai bên cùng nhau thương lượng giải quyết, nếu không thống nhất thì đưa ra Tòa án để giải quyết.
3. Hợp đồng này làm thành hai bản có giá trị pháp lý như nhau, mỗi bên giữ một bản.

BÊN A

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

BÊN B

(Ký, ghi rõ họ tên)

¹ Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

² Tên cơ sở thực hành.

³ Chữ viết tắt tên của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

⁴ Địa danh.

⁵ Ghi rõ theo văn bằng đào tạo.

⁶ Ghi một trong các thông tin về số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu còn hạn sử dụng.

⁷ Ghi rõ theo văn bằng đào tạo.

⁸ Ghi rõ tên bộ phận chuyên môn nơi thực hành.

⁹ Ghi cụ thể nhiệm vụ chuyên môn của người đề nghị thực hành.

¹⁰ Ghi cụ thể các phương tiện, trang thiết bị bảo hộ trang bị cho người thực hành.

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

DANH SÁCH

Người thực hành khám bệnh, chữa bệnh

1. Tên cơ sở hướng dẫn thực hành khám bệnh, chữa bệnh:

.....

2. Địa chỉ:

3. Danh sách người thực hành khám bệnh, chữa bệnh:

STT	Họ và tên	Thời gian đăng ký thực hành tại cơ sở thực hành ¹
1		
2		
...		

....., ngày tháng ... năm ...

GIÁM ĐỐC

(Ký, đóng dấu và ghi rõ họ tên)

¹ Ghi cụ thể thời gian thực hành từ ngày tháng năm đến ngày..... tháng..... năm

QT.03/25-TH

.....¹.....
.....².....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số:/QĐ-.....³.....

.....⁴....., ngày tháng năm ...

QUYẾT ĐỊNH

Về việc phân công người hướng dẫn thực hành

.....

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 09 tháng 01 năm 2023;

Căn cứ Nghị định 96/2023/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ.....⁵.....

Xét đơn đề nghị của.....⁶.....

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Tiếp nhận ông/bà⁷....., sinh ngày tháng ... năm.....
có văn bằng chuyên môn.....được thực hành tại.....⁸.....
trong thời gian từ ngày.... tháng ... năm đến ngày....tháng...năm.....

Điều 2. Phân công ông/bà⁹..... chứng chỉ hành nghề
số:.....¹⁰.....chịu trách nhiệm chính để hướng dẫn
thực hành cho ông/bàtrong thời gian quy định tại Điều
1 Quyết định này.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành. Các ông/bà có tên
tại Điều 1, Điều 2 và¹¹.....chịu trách nhiệm thi
hành

Quyết định này.

GIÁM ĐỐC
(Ký và ghi rõ họ tên)

¹ Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

² Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

³ Chữ viết tắt tên của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

⁴ Địa danh.

⁵ Căn cứ văn bản quy định chức năng, nhiệm vụ của cơ sở.

⁶ Ghi rõ chức danh của người đứng đầu đơn vị hoặc bộ phận được giao đầu mối về đào tạo thực hành.

⁷ Ghi rõ họ tên người đăng ký thực hành.

⁸ Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

⁹ Ghi rõ họ tên của người hướng dẫn thực hành chính.

¹⁰ Ghi rõ trình độ đào tạo, trình độ chuyên môn theo văn bằng của người hướng dẫn thực hành chính.

¹¹ Ghi cụ thể các cá nhân, đơn vị có liên quan (nếu cần).

QT.04/25-TH

MẪU PHIẾU NHẬN XÉT QUÁ TRÌNH THỰC HÀNH KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

TRUNG TÂM Y TẾ
KHU VỰC LỤC YÊN
KHOA

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

....., ngày ... tháng ... năm

**PHIẾU NHẬN XÉT QUÁ TRÌNH THỰC HÀNH
KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

1. Người hướng dẫn thực hành:

- Họ và tên:
- Số chứng chỉ hành nghề KBCB:
- Phạm vi hoạt động chuyên môn:
- Khoa, đơn vị làm việc:

2. Người thực hành:

- Họ và tên: Ngày tháng năm sinh:
- Số CMND/ Thẻ căn cước:
- Thời gian thực hành: *(Từ ngày/tháng/năm đến ngày/tháng/năm)*
- Chuyên khoa đăng ký thực hành
- Địa điểm thực hành *(ghi tên khoa thực hành)*:

3. Kết quả thực hành:

- Năng lực thực hành chuyên khoa:
- Ý thức, tổ chức kỷ luật trong thời gian thực hành:

NGƯỜI HƯỚNG DẪN
(Ký ghi rõ họ, tên)

QT.05/25-TH

TÊN CQ, TC CHỦ QUẢN¹
TÊN CƠ SỞ HƯỚNG
DẪN THỰC HÀNH

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số:/.....

....., ngày tháng năm ...

GIẤY XÁC NHẬN HOÀN THÀNH QUÁ TRÌNH THỰC HÀNH

.....².....xác nhận:

Họ và tên:.....

Ngày, tháng, năm sinh:

Địa chỉ cư trú:

Số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu³:.....

Ngày cấp:Nơi cấp:.....

Văn bằng chuyên môn:.....⁴.....Năm tốt nghiệp:.....

Đã thực hành tại:.....⁵.....do⁶.....
hướng dẫn và đạt kết quả như sau:

1. Thời gian thực hành:

2. Năng lực chuyên môn:⁷

3. Đạo đức nghề nghiệp:⁸.....

**ĐẠI DIỆN CƠ SỞ HƯỚNG DẪN
THỰC HÀNH⁹**

¹ Tên cơ quan chủ quản của cơ sở hướng dẫn, thực hành.

² Tên cơ sở hướng dẫn, thực hành.

³ Ghi một trong năm thông tin về số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu còn hạn sử dụng.

⁴ Ghi rõ theo văn bằng, chuyên môn theo văn bằng đào tạo.

⁵ Ghi rõ tên bộ phận chuyên môn đã thực hành

⁶ Họ và tên người chịu trách nhiệm chính trong việc hướng dẫn thực hành.

⁷ Nhận xét cụ thể về khả năng khám bệnh, chữa bệnh theo chuyên khoa đăng ký thực hành.

⁸ Nhận xét cụ thể về giao tiếp, ứng xử của người đăng ký thực hành đối với đồng nghiệp và người bệnh.

⁹ Người đứng đầu hoặc người được người đứng đầu ủy quyền ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu.